

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Mars 1924

PAR

Jean-Marie-Florentin-André CHASSAIGNE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à VERDELAIS (Gironde), le 1^{er} janvier 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		PRINCETEAU, professeur....	<i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

ET DE LEUR TRAITEMENT



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Mars 1924

PAR

Jean-Marie-Florentin-André CHASSAIGNE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à VERDELAIS (Gironde), le 1^{er} janvier 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		PRINCETEAU, professeur....	Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	VERGER.
id.....	CASSAËT.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie.....	N.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.
Histologie.....	LACOSTE.
Physiologie.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.
Médecine générale.....	MAURIAC.
id.....	LEURET.
id.....	DUPERIÉ.
id.....	CREYX.
id.....	MICHELEAU.
id.....	BONNIN.

Maladies mentales.....	PERRENS.
Médecine légale.....	LANDE.
Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	DUVERGEY.
id.....	PAPIN.
id.....	JEANNENEY.
Obstétrique.....	PERY.
id.....	FAUGÈRE.
Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie.....	GOLSE.

MM.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	N.
Accouchements.....	PERY.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.

Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	MM. LABAT.
Chimie.....	N.
Pathologie interne.....	N.
Chimie analytique.....	N.
Hygiène appliquée.....	N.

MM.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, MON PREMIER MAÎTRE

Témoignage de reconnaissance et d'admiration.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

Chirurgien des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les recherches et les travaux médicaux qui ont porté sur les ruptures du périnée, et en particulier sur les déchirures complètes, sont fort nombreux. C'est qu'en effet, devant les complications immédiates, mais surtout tardives de cet accident et la vie si pénible des femmes qui en étaient atteintes, les médecins cherchaient depuis longtemps une réparation durable.

Combien avons-nous vu de malades, venant pour des troubles divers consulter le praticien, englober ces variétés pathologiques dans une étiologie commune : « Ce sont des suites de couches », disaient-elles avant d'entrer dans le détail de leur affection.

Or, la plupart de ces troubles viennent souvent d'une lésion anatomique unique, la déchirure du périnée, dont nous allons

étudier successivement après un rappel d'anatomie et de physiologie : la classification, l'étiologie, le mécanisme, les signes et le diagnostic, le traitement préventif, les différents procédés de périnéorrhaphie avec description d'une technique un peu spéciale utilisée dans les observations inédites, base de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu anatomique.

Le périnée est l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne.

Dans la position dite de la taille, le périnée se présente sous la forme d'une gouttière losangique plus longue que large et tendue du coccyx au pubis, d'un ischion à l'autre.

Ce diaphragme est traversé en avant par le conduit uro génital, en arrière par l'anus.

Il est essentiellement constitué par ce que nous allons appeler le diaphragme pelvien principal qui est l'entonnoir musculo-tendineux étendu des parois de l'excavation pelvienne à l'anus, et par le diaphragme pelvien accessoire, sous-jacent au précédent, tendu d'une branche ischio-pubienne à l'autre, comblant le vide en avant.

Son bord postérieur, libre sur les côtés, s'unit sur la ligne médiane au diaphragme principal formant le nœud fibreux du périnée.

Telles sont les deux formations principales fermant en bas le détroit inférieur.

Divisons maintenant ce losange périnéal en un triangle antérieur biischio-pelvien ou périnée antérieur et en un triangle postérieur biischio-coccygien ou périnée postérieur.

Le périnée antérieur est traversé par la vulve et l'urètre.

Nous ne dirons rien de la peau et des formations superficielles de la vulve. Mentionnons dans les tissus cellulaires sous-cutanés l'artère périnéale superficielle et ses branches, apparue

au niveau du bord postérieur du muscle transverse et parcourant d'arrière en avant toute la région.

Les veines y sont très nombreuses et très développées, augmentées considérablement de volume pendant la grossesse, créant facilement l'œdème de la région.

L'aponévrose superficielle traversée, nous tombons dans la loge bulbo-clitoridienne. Les quelques formations musculaires qu'elle contient seules nous intéressent.

Ce sont : le transverse superficiel qui, partant de la face interne de l'ischion, vient se terminer avec son symétrique sur le raphé ano vulvaire.

L'ischio clitoridien est un petit muscle allongé couché sur la branche ischio-pubienne ; le bulbo-clitoridien va du raphé ano-vulvaire en arrière rejoindre l'insertion clitoridienne du précédent.

Nous tombons enfin sur l'aponévrose périnéale moyenne, triangulaire, aux sommets ischiatique et pubien, comprenant entre ses deux feuillets le transverse profond du périnée ; elle constitue le vrai diaphragme uro-génital complétant en avant le rôle complexe du périnée postérieur.

Le périnée postérieur est la région la plus résistante, celle dont la fonction est la plus considérable, mais aussi celle qui, au moment de l'accouchement, doit subir de telles modifications qu'elle se trouve souvent lésée, la déchirure complète représentant le degré le plus grave de ces lésions.

Passant sur la description des plans superficiels et des fosses ischio-rectales, le périnée postérieur doit sa force au muscle releveur de l'anus et secondairement à l'ischio-coccygien.

Les releveurs de l'anus forment un plan concave avec une fente médiane antérieure large.

Chacun d'eux comprend deux portions :

Une portion latérale sphinctérienne ;

Une portion médiale élévatrice.

Portion latérale. — Nées de la face postérieure du corps du pubis, des aponévroses obturatrices et des épines sciatiques, les fibres, toutes obliques en bas et en arrière, croisant le vagin,

puis les faces latérales du rectum, forment en arrière de l'anüs le raphé ano-cocecygien et prennent finalement quelque insertion aux bords latéraux du coccyx.

Portion médiale. — Nés :

1° Des pubis en dedans et au-dessous des portions sphinctériennes ;

2° Des ligaments pubo-vésicaux externes ;

3° De l'aponévrose supérieure des releveurs, les deux faisceaux musculaires passent sur les côtés du vagin en y adhérant intimement, se rejoignent sur le centre tendineux périnéal, appliqués à la face antérieure du rectum, descendent se fixer sur de petits tendons élastiques, après avoir passé entre les sphincters interne et externe de l'anüs, dans le tissu conjonctif sous-cutané sur les parties antérieures et latérales de l'anüs.

En résumé, l'orifice pelvien se trouve essentiellement fermé, par ces formations musculaires formant un véritable diaphragme perforé sur la ligne médiane pour le passage de l'urètre, du vagin, du rectum.

On a depuis longtemps fait remarquer que si ces points faibles naturels ne donnaient pas toujours issue à des hernies, c'est que le trajet de ces organes subissaient des coudes (l'axe de l'utérus est à 90 degrés sur l'axe du vagin, l'axe du rectum est à 120 degrés sur l'axe du canal anal), si bien qu'au moment de l'effort, les courbures se ferment, contribuant ainsi à occlure ces orifices normaux.

CHAPITRE II

Physiologie du périnée.

Nous venons de voir que le muscle releveur de l'anus est le grand soutien du diaphragme pelvien et des organes creux qu'il le traversent. Son rôle physiologique sera donc celui de tout le périnée; lésé, le périnée ne peut recouvrer son intégrité sans sa restauration.

Pour les classiques, le releveur porte le rectum en haut et en avant et dilate l'anus : Lisskaft, Budge, Morestin ont démontré expérimentalement que ce muscle est plutôt un constricteur anal. En réalité, à la dualité anatomique que nous venons de décrire correspond une dualité physiologique dont nous allons parler.

1° La portion latérale dont les fibres se terminent derrière le rectum et ne se perdent pas dans l'anus, comme celles de la seconde portion, entoure le rectum à la façon d'une sangle qui, en se resserrant, l'aplatit d'arrière en avant; ce serait, d'après Morestin, un sphincter plus puissant que le sphincter externe de l'anus. Elle suffit, d'ailleurs, à la continence des matières après la section du sphincter externe (Budge); c'est elle qui cause le vaginisme supérieur;

2° La portion médiale est de toute évidence élévatrice, elle attire le rectum en haut et en avant, par suite, en produit une dilatation.

Nous allons voir donc que, si à l'état statique le périnée ne joue qu'un rôle presque uniquement de soutien, à l'état dynamique, c'est-à-dire au moment de l'accouchement, il subit une ampliation considérable.

En effet, lorsque commence l'expulsion du fœtus, le premier obstacle à l'ouverture de l'orifice vulvaire et à l'ampliation du périnée est la sangle musculaire formée par les releveurs ischio-coceygiens, le releveur coccy-périnéal de Farabouif.

Les forces venues d'en haut portent d'abord sur le segment inférieur de ce plancher musculaire qui empêche le coccyx de se renverser en arrière, puis sur le segment moyen; celui-ci cède peu à peu, projetant l'anus en arrière. Quant à la partie antérieure, c'est elle qui subit le maximum d'efforts, car nous voyons la fente vulvaire, d'une dimension de 8 centimètres sur 4 centimètres, passer à 11 centimètres sur 9 centimètres.

Cette ampliation considérable se fait peu à peu sous l'influence des poussées intermittentes de la tête fœtale sollicitée tour à tour par les forces expulsives venues d'en haut et les forces réactionnelles venues d'en bas.

Lorsque ces phénomènes se produisent lentement, régulièrement, par une tête de grosseur normale bien placée et suffisamment fléchie, les tissus ne subissent aucune atteinte, mais dans bien des cas, soit tenant au fœtus, soit tenant à des conformations vicieuses de la mère, les plans musculaires et aponévrotiques sont déchirés.

Les releveurs, fortement écartés, perdent leur point d'appui sur le noyau central du périnée et cèdent.

L'importance des releveurs est donc capitale et la connaissance de leurs fonctions tant statiques que dynamiques indispensable pour toute réfection suffisante du périnée, dont ils sont l'élément essentiel.

CHAPITRE III

Classification des ruptures du périnée.

Nous adopterons la division de Budin basée sur l'étendue de la déchirure.

La déchirure est incomplète ou complète.

Incomplète, elle n'intéresse que la partie postérieure de la vulve, le sphincter anal n'est pas lésé et si ses fibres extérieures sont quelque peu intéressées, son intégrité physiologique est intacte.

Les déchirures complètes, celles que nous avons à étudier, s'étendent jusqu'au sphincter anal en surface et entament plus ou moins loin la cloison recto-vaginale en profondeur.

Entre la vulve et l'anus, au sein de cette plaie allongée, on voit un pont formé par le bord inférieur de la cloison recto-vaginale. Le sphincter, revenu sur lui-même, entraîne dans sa rétraction la muqueuse qui lui adhère; de chaque côté, on voit deux enfoncements symétriques qui correspondent aux extrémités du sphincter déchiré.

S'étend-elle profondément en lésant la cloison recto-vaginale, on dit alors qu'elle est totale.

Cette déchirure totale, qui est la variété la plus prononcée de nos déchirures complètes, se présente, en plus des lésions de la variété précédente, sous forme d'une fente triangulaire à sommet supérieur plus ou moins haut, quelquefois jusqu'au voisinage du col limité de chaque côté par les moitiés mobiles de la cloison. Ces deux moitiés sont inégales, la déchirure se fait rarement sur la ligne médiane, elle se fait plus souvent à droite.

CHAPITRE IV

Etiologie des déchirures complètes du périnée.

Toutes les causes des déchirures du périnée peuvent produire la déchirure complète, aussi allons-nous donner un aperçu étiologique général des déchirures en mentionnant seulement que les déchirures complètes sont les moins fréquentes.

Ces lésions sont presque toujours consécutives à l'accouchement et nous éliminerons rapidement les traumatismes qui, sous forme de coups de corne, de fourche, de chutes à califourchon sur un objet pointu, un dossier de chaise (Hildebrant), une rampe d'escalier (Zwefil) ne les produisent qu'exceptionnellement.

Parmi *les causes obstétricales*, les unes sont *d'ordre maternel*, les autres *d'ordre fœtal*.

Parmi les causes maternelles, beaucoup sont liées à l'élément *tissus* ; chez les uns, tissus trop friables ; chez les autres, tissus trop résistants.

Les premiers sont voués aux déchirures malgré toute l'habileté de l'accoucheur, les seconds sont également exposés, car là le travail dure longtemps, infiltrant le périnée, d'où moins élastique.

Mais si l'œdème, les végétations, les surcharges graisseuses rendent le périnée friable, encore plus fréquentes sont les causes de sa résistance exagérée ; ce sont : l'étroitesse vulvo-vaginale, la résistance de l'hymen et surtout la rigidité du corps périnéal ; celui-ci s'observe principalement chez les primipares âgées ; elle est due, soit à la tonicité plus grande du muscle releveur, soit à la contracture de ce même muscle.

D'ordre *pathologique*, pensons aux lésions syphilitiques et aux cicatrices vicieuses consécutives ou non aux périnéorrhaphies antérieures. Bonnaire a publié une observation dans laquelle une myorrhaphie des releveurs avait produit une rigidité telle que la partie fœtale arracha les muscles et leurs insertions.

Citons enfin l'infection diminuant l'élasticité du périnée ; l'infection blennorragique et l'infection consécutive au travail prolongé ou à la rupture prématurée des membranes en sont des exemples assez fréquents.

D'ordre *anatomique* enfin, véritables causes prédisposant les mêmes femmes aux mêmes accidents dans leurs accouchements successifs. Ce sont : le défaut de largeur et excès de longueur du périnée, l'orientation de la vulve trop en avant, la rectitude et la longueur exagérée du sacrum amenant la tête du fœtus trop en arrière, les bassins plats rachitiques, l'entonnoir cyphotique. Signalons enfin comme causes assez fréquentes l'existence de hautes symphyses. Toutes malformations qui, constatées, feront souvent prévoir et, il le faudrait, prévenir les accidents.

Envisageons maintenant les causes *d'ordre fœtal*. En dehors de tous les excès de volume, nous avons en tête les *anomalies du travail*, ainsi que la déflexion trop rapide de la tête, le dégagement en oblique et le dégagement en occipito-sacré, pour ce qui concerne les présentations normales du sommet.

S'agit-il d'une *présentation anormale* : celles de la face offrent des conditions peu favorables à l'ampliation du périnée ; celles du siège sont de même assez graves, car le dégagement se faisant rapidement, le périnée n'a pas eu le temps de donner toute son élasticité.

Quant à la procidence d'un membre, elle doit être considérée comme un facteur favorisant les déchirures, puisque rendant irrégulière la partie fœtale.

Or, voici ce qui se passe lors de ces présentations anormales, fait si fréquent que nous voyons là quelques points capitaux pour notre étiologie. En effet, la présentation se fait-elle *de face*, la rotation faite, la tête défléchie se dégage en se fléchissant et franchit la vulve suivant des diamètres supérieurs à ceux trou-

vés dans les présentations du sommet; la circonférence sous-mento-occipitale est, en effet, de 4 à 5 centimètres supérieure à la circonférence sous-occipito-frontale.

Dans une présentation *du siège*, c'est surtout la variété décomplétée, mode des fesses, qui inquiète les accoucheurs, car les membres du fœtus font attelle de chaque côté du tronc et s'opposent aux inflexions latérales du rachis. Le fœtus est ainsi transformé en une tige rigide qui s'accommode mal à la courbure de la filière pelvi-génitale.

Ces faits sont heureusement constatés peu fréquemment, car ces présentations sont rares; par contre, *le défaut ou le vice de rotation de l'occiput* dans les présentations du sommet produisent plus souvent l'effraction périnéale.

La présentation est-elle *antérieure*, ce défaut de rotation fait que l'occiput prend appui sur l'une des branches ischio-pubiennes, tandis que la face glisse de côté sur la commissure vulvaire. Les irrégularités du menton et des maxillaires déterminent ainsi une pression asymétrique sur les tissus et donnent lieu à des déchirures latérales.

Est-elle *postérieure*, alors l'occiput doit parcourir avant de se dégager tout le plancher périnéal. Le contact du sternum et du menton unit tête et thorax en une tige rigide.

Pour que l'accouchement puisse se faire, il faut que la tige se brise, ce qui est impossible; qu'elle s'incurve, ce qu'elle fait en partie grâce aux déformations plastiques de la tête, ou bien que la courbure périnéale se raccourcisse ou se déchire, ce qui est le cas le plus fréquent.

D'autre part, dans tout accouchement, deux autres facteurs doivent être étudiés : ce sont l'élément *temps* et l'élément *intervention*. Pour que le périnée ne cède pas, il est important que l'ampliation vagino-périnéale puisse se faire lentement. Si la femme accouche trop rapidement, le périnée éclate sous la poussée fœtale. Or, plus le fœtus est petit et plus les contractions sont violentes, plus l'accouchement est rapide. D'où la fréquence apparemment paradoxale des déchirures dans les accouchements prématurés, de même que dans l'accouche-

ment précipité et particulièrement dans celui qui s'effectue seul. L'excès contraire est, pour des raisons différentes, aussi néfaste à l'intégrité de notre région. D'autant plus fréquentes sont les déchirures que les femmes sont fatiguées par un travail prolongé et que le périnée, déjà surmené, est infiltré.

Or, c'est presque toujours dans ces conditions que l'accoucheur intervient et, soit manuellement pour corriger une mauvaise position ou pratiquer une version, soit à l'aide du forceps, il est souvent impossible de sauvegarder le périnée pour sauver le fœtus.

CHAPITRE V

Mécanisme des déchirures.

Dans l'accouchement, ce n'est pas le revêtement cutanéomuqueux de la commissure vulvaire qui forme le principal obstacle à la distension, mais les fibres qui la doublent immédiatement, soit les fibres du constricteur de la vulve, soit les fibres les plus inférieures du releveur de l'anus.

Pour certains, ce seraient les parties molles qui se déchireraient les premières; la solution de continuité commencerait, d'après Budin, au niveau de l'anneau hyménéal et de là s'étendrait vers l'anus.

Il ne semble pas que les déchirures superficielles soient le fait initial. Il se fait des ruptures sous-cutanées des fibres musculaires qui renforcent la résistance tégumentaire. Restent-elles isolées, nous aurons, après l'accouchement, un affaiblissement du périnée, soutien moins solide, cause de prolapsus ultérieurs. Gagnent-elles de proche en proche, la distension, la dilacération des fibres musculaires s'accroissent et ce n'est qu'en dernier lieu que les téguments cèdent.

En faveur de cette théorie : l'existence, rare il est vrai, mais réelle des déchirures centrales, ou bien la constatation d'une bride périnéale interposée entre l'anus déchiré et la déchirure vulvaire, comme nous l'avons mentionné dans l'observation I,

CHAPITRE VI

Signes et diagnostic des déchirures complètes.

C'est en général au moment de leur production ou peu de temps après l'accouchement que le médecin est appelé à constater la déchirure complète du périnée. Il n'est pas, en effet, de sage-femme ou de personne de l'entourage qui ne puisse être justement alarmée par la production d'un tel accident. Dans ces conditions, en dehors des lésions que l'inspection nous permet d'apprécier et que nous avons décrites précédemment, c'est l'incontinence des matières et des gaz qui est la manifestation pathologique la plus gênante, la plus désagréable et aussi la plus grave. La déchirure est-elle totale, l'issue des matières se fait par le vagin. Il arrive cependant que lorsque sont restées intactes quelques fibres du sphincter anal ou les plus inférieurs des muscles releveurs de l'anus, la continence soit obtenue, mais seulement au repos, car au moindre effort les matières s'échappent.

Si, pour une raison quelconque, la malade est privée de soins compétents, les choses restent dans cet état quelque temps ; alors il n'est pas de meilleure description que celle que nous a donnée Roux : « Les bords de la plaie se sont cicatrisés séparément, le périnée a complètement disparu, la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule voie, une fente unique, un sinus profond à bords droits ou irrégulièrement ondulés, revêtus par un tissu muqueux, et pour peu que la division s'étende à la cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un véritable cloaque.

» La condition d'une femme en cet état est véritablement déplorable, car il ne s'agit pas ici seulement de la perte d'une partie des charmes physiques, il s'agit d'une incommodité aussi affreuse que le serait un anus contre nature.

» Le sphincter de l'anüs étant déchiré, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux parvenus dans le rectum et à la sortie continuelle ou trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. »

Nous n'insisterons pas davantage sur les nombreuses complications survenant à cette période, puisque nous allons les énumérer au chapitre des complications.

Diagnostic. — L'inspection, le toucher rectal et le toucher vaginal combinés montrent si la paroi recto-vaginale est réduite à une simple membrane, si toutes les fibres du sphincter sont déchirées ou si quelques-unes, au contraire, sont encore conservées.

Si l'accident est ancien, on doit rechercher encore si la déchirure est compliquée de rectocèle, de cystocèle, de prolapsus utérin, de métrite; l'état enfin des organes abdominaux qui, privés de leur soutien inférieur, peuvent être ptoses (entéroptoses, néphroptoses).

Dans l'examen de la malade, il y a intérêt à rechercher l'état du sphincter en faisant contracter celui-ci sur le doigt introduit dans l'anüs, ainsi que celui des releveurs dont on cherchera avec le doigt à accrocher les bords saillants dans le vagin en provoquant leur contraction.

CHAPITRE VII

Complications des déchirures complètes du périnée.

Plaie profonde d'une région éminemment septique, au sein de tissus fatigués et contus, la déchirure du périnée se complique souvent d'accidents soit immédiats, soit secondaires, soit d'apparition plus éloignée, manifestation tardive de la déficience anatomo-physiologique de notre région.

Immédiats, ce sont les accidents *hémorragiques* plus ou moins graves, comme dans toute plaie largement et rapidement ouverte.

Rarement inquiétantes, ces hémorragies peuvent nécessiter cependant parfois des ligatures, surtout si les veines hémorroïdales sont intéressées.

Mais ce à quoi il faut surtout penser, c'est à cette porte d'entrée largement ouverte à l'*infection*, autrefois presque inévitable, aujourd'hui moins fatale, qu'il faudra surveiller quotidiennement tout en suivant de très près la marche de la température.

L'asepsie soigneuse et l'antisepsie sagement pratiquée nous aideront à éviter les complications infectieuses; mais peu brillant est l'avenir de cette femme livrée à elle-même.

L'incontinence des matières et des gaz apparue dès la déchirure n'a aucune tendance à disparaître. Dans quelques cas cependant où le sphincter anal n'avait pas été très profondément déchiré, la continence avait reparu; mais encore c'est tout le reste du plancher pelvien qui manque, et peu à peu c'est la descente presque inévitable de tous les organes pelviens vers cette brèche.

La *rectocèle* et la *cystocèle* y font rapidement apparition ; le *prolapsus de l'utérus* y est fréquent que la *métrite* vient souvent aggraver.

Le médecin appelé à traiter une affection des organes génitaux de la femme, et en particulier un prolapsus utérin, des métrites rebelles, doit toujours avoir présente à l'esprit l'origine première possible d'une de ces affections et ne jamais négliger dans son examen l'état du plancher périnéal. Sans son intégrité, telle malade atteinte de catarrhe cervical, d'ectropion du col, d'hémorragies utérines, verra ces accidents persister ou s'aggraver indéfiniment malgré l'hygiène la plus soigneuse, malgré les traitements les plus ingénieux.

Ces malades, qui en somme n'ont jamais été bien portantes depuis leur accouchement, perdant leurs matières, souffrant de tiraillement douloureux dans la région lombaire, incapables du moindre effort, dans l'impossibilité même de se tenir debout, faisaient depuis longtemps l'objet d'études sérieuses devant leur procurer la réfection de leur plancher périnéal, indispensable à leur vie journalière et génitale et à l'intégrité ultérieure de leurs organes génitaux.

CHAPITRE VIII

Traitement préventif.

Ayant décrit les accidents immédiats et l'infirmité épouvantable auxquels sont inévitablement exposées les femmes dont le périnée est complètement déchiré, il nous reste à considérer quelles sont les ressources de l'accoucheur pour les éviter, des chirurgiens pour les guérir.

Nous avons vu dans notre étiologie que quelquefois il est impossible à l'accoucheur le plus habile de sauvegarder le périnée sans exposer mère ou fœtus à des résultats malheureux.

Mais dans bien des cas on peut éviter ces ruptures en observant certaines règles bien précises que nous croyons bon d'énoncer.

C'est d'abord la *protection des parties maternelles* que le fœtus va traverser au moment de son expulsion.

La *flexion maxima de la tête* et l'*accrochage de l'occiput* sous le pubis doivent être soigneusement préparés, de façon que le dégagement se fasse bien sous le diamètre sous-occipito-brigmatique, et éviter de plus que les deux bosses pariétales se dégagent simultanément; dégager donc avec le doigt la bosse pariétale, la plus accessible.

Le coccyx est maintenant refoulé en arrière, c'est le périnée qui supporte toute la poussée fœtale, il faut alors *temporiser un peu*, laisser la distension se faire, retenir la tête au moment des contractions utérines et non placer vaguement sa main en travers du périnée. Pour cela, les doigts englobant la partie fœtale appuient leur pulpe sur la tête un peu au-dessus de la four-

chette. On recommandera même à la femme souvent de ne pas pousser, d'ouvrir la bouche, si la pression est trop forte.

La grande fontanelle déborde à présent la fourchette, l'accoucheur doit agir.

Le pouce d'une main dans un sillon génicrural, l'extrémité des autres doigts dans le sillon symétrique, la main double ainsi la fourchette vulvaire. L'autre main appuie sur le cuir chevelu du fœtus. Ainsi en garde, attentif à tous les mouvements de la présentation, l'accoucheur va cueillir la tête à travers l'orifice vulvaire et substituer à la brusquerie de l'expulsion spontanée la lenteur et la modération du dégagement artificiel : la parturiente est accouchée par le médecin.

Si l'on se trouve cependant en présence de disproportions considérables entre les parties maternelles et les parties fœtales ou d'une distension du périnée, telle que la rupture est inévitable, le rôle du médecin est de limiter, de diriger sa déchirure comme l'a préconisé Tarnier, l'extrémité de la déchirure devant être en dehors de la ligne médiane.

La tête enfin n'étant pas la seule partie fœtale susceptible de produire la déchirure, les mêmes règles de conduite doivent être suivies strictement pour le reste du fœtus.

Si enfin l'application de forceps est indispensable, c'est encore le moment de l'intervention qui est le plus important. Or, la durée de la période de dilatation est éminemment variable, aussi ne faut-il pas intervenir dès qu'elle traîne en longueur, l'application du forceps n'est nécessaire qu'autant qu'elle est utile.

CHAPITRE IX

Histoire de la périnéorrhaphie et évolution des méthodes opératoires jusqu'à nos jours.

Le besoin de réfection du plancher périnéal avait été entrevu avant Ambroise Paré, mais c'est seulement Guillemau, élève de ce dernier, qui, sous ses conseils, fut le premier chirurgien à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué la périnéorrhaphie.

Donc, essayée de 1621 à 1834, vulgarisée de 1834 à 1884, ce n'est qu'à partir de cette époque que, l'opportunité de l'intervention étant complètement admise, l'on discute uniquement sur les détails de technique et sur le moment de l'intervention.

Durant la première période, quelles sont les tentatives des chirurgiens ?

Guillemau, en présence d'une femme ayant accouché depuis six semaines, aviva au bistouri les tissus bourgeonnants et fit une suture entortillée. La guérison était complète au bout de quinze jours.

Plus tard, le 21 juin 1702, de La Mothe, appelé auprès d'une femme accouchée depuis quatre jours constate une rupture complète du périnée : « Je lui fis aussitôt, dit-il, trois points d'aiguille, un dans le vagin et l'intestin, l'autre à l'extrémité de l'anus, le troisième à la fourchette. Je ne retournai voir cette femme que deux fois en dix jours, elle se trouva si parfaitement guérie que j'ôtai le fil qui servait à ces points. »

Mouricau se montre aussi partisan de la suture immédiate.

En 1805, Dupuytren restaura aussi un périnée complètement déchiré.

Deuxième période. — Le 6 janvier 1874, Roux lut à l'Académie des sciences un savant mémoire sur la question. Il exposait la nécessité de cette intervention et ses succès opératoires. La périnéorrhaphie, dès lors, était devenue une opération courante. Mais alors que pour les uns l'intervention ne devait être pratiquée seulement que lorsque la femme était relevée de couches, pour d'autres, il faut tenter la réunion immédiatement ou à une date très rapprochée de l'accouchement ; Roux, Velpeau étaient partisans de la première méthode, Offenbach soutenait la seconde, et Nélaton attendait le sixième ou le septième jour pour intervenir.

Troisième période. — C'est aux environs de 1885 que nous voyons la périnéorrhaphie immédiate très en faveur à l'étranger. Freud la pratique à Stuttgart, Simson à Édinbourg, et à la tête des Américains du Nord nous voyons Emet et Sthine.

En France, au contraire, elle est presque abandonnée et Doléris nous dit : « Si les étrangers sont partisans de la périnéorrhaphie immédiate, les accoucheurs français la repoussent, surtout lorsqu'il s'agit de ruptures complètes, car, disent-ils, on a vu la réunion spontanée se faire et, d'autre part, la périnéorrhaphie ne pas réussir ».

Telle était la façon d'agir en France vers la fin du XIX^e siècle, lorsque Doléris se mit à la combattre vigoureusement, à défendre la cause de la périnéorrhaphie immédiate primitive et à vaincre les arguments adverses dans une discussion remarquable qu'il eut avec Terrillon le 6 janvier 1885.

Sur 24 interventions, 20 succès en ce qui concerne les ruptures incomplètes et 3 succès sur 4 opérations de déchirures complètes : tels sont les résultats concluants apportés par lui.

« On doit opérer aussi promptement que possible, dit-il, mais un retard d'un à deux jours n'est pas une cause d'échec, à condition que la plaie soit en parfait état et apte à la réunion. » A ceux qui lui objectaient l'affaiblissement de la femme causé par l'accouchement, Doléris répond : « Qu'est-ce que peuvent faire, je me le demande, quelques points de suture de plus ou

de moins après les violences de l'accouchement et la rupture des tissus des voies génitales. »

Parlait-on de lochies venant souiller la plaie opératoire, il ne pouvait être là, argument sérieux, puisque le même auteur, deux ans auparavant, en avait démontré l'aseptie lorsqu'elles sont normales.

Si cependant la plaie a trop mauvais aspect ou si la suture primitive a échoué, que reste-t-il à faire? Pratiquer l'opération dès que les conditions opératoires se montrent favorables : c'est la périnéorrhaphie immédiate secondaire.

Donc, en présence d'une déchirure complète du périnée, le chirurgien peut opérer à trois périodes différentes, mais il doit, si les conditions le lui permettent, le faire le plus précocement possible, soit aussitôt après l'accouchement : périnéorrhaphie primitive immédiate, soit quelques jours après : périnéorrhaphie immédiate secondaire, soit lorsque seulement la malade se présente à lui tardivement : périnéorrhaphie tardive.

Mais tandis qu'évoluaient les opinions d'opportunité et de moment favorables à la périnéorrhaphie, évoluaient aussi les techniques opératoires se perfectionnant d'année en année, remédiant aux causes d'échecs opératoires.

En effet, jusqu'en 1850, le défaut capital de tous les procédés employés était le *décollement imparfait du feuillet vaginal et du feuillet intestinal*. Dans la profondeur, les surfaces ne venaient pas en contact, la réunion se faisait mal, créant des clapiers qui se remplissaient sous peu de sérosités venues du vagin, se compliquant souvent de *fistules recto-vaginales*.

C'est pourquoi, en 1853, Langenberk, comprenant la cause du défaut de réunion des parties profondes, c'est-à-dire l'irritation produite par l'accumulation des liquides vaginaux et rectaux, tente l'*avivement et le dédoublement*.

Demarquay complique quelque peu cette dernière méthode et comprend malheureusement dans ses sutures le sphincter anal.

Autre méthode nouvelle, celle de Richet et Lefort; ceux-ci font l'*autoplastie* aux dépens de la muqueuse vaginale, Mares-

Sée, au contraire, n'emprunte les tissus qu'au périnée lui-même en conservant le plus de tissus possible provenant de l'avivement des surfaces cicatricielles. Il conseille fortement, de plus, d'aider et d'achever l'accolement des lèvres de la plaie, d'empêcher l'accumulation des liquides et la création de fistules recto-vaginales par l'application soigneuse d'un pansement compressif.

En Allemagne, Freud et Hegar se contentent de l'avivement sans le dédoublement et font des sutures vaginales et rectales.

En France, Verneuil aussi simplifie le procédé en créant des surfaces d'affrontement aussi larges que possible, avivant la muqueuse vaginale. Il fait, de plus, deux sutures, l'une sur le périnée sans comprendre le sphincter anal, l'autre sur le vagin.

En Amérique enfin, les méthodes se simplifient encore avec Marion Sims qui, augmentant la hauteur de l'avivement ne fait plus qu'un seul plan de suture avec des fils métalliques. Son élève Emmet en déduisit un procédé qui fut longtemps en honneur, accepté et très recommandé par les maîtres Verneuil et Trélat.

En tête des méthodes opératoires actuelles, nous croyons bon d'indiquer cette technique à côté de celles de Simon Hegar et de Lawson-Tait.

Procédé d'Emmet. — Il comprend trois temps suivants : *l'avivement, la pose des fils, la constriction des fils.*

L'avivement se fait successivement sur les parties médianes et sur les parties latérales.

On commence par enlever avec des ciseaux, sur la moitié antérieure de l'ouverture anale et la portion inférieure de la cloison recto-vaginale, une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large.

Sur les côtés, on détache de bas en haut une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large à la base, c'est-à-dire à sa réunion avec l'avivement médian, et de 2 centimètres seulement au sommet, à l'origine des petites lèvres.

Les fils sont au nombre de six, trois pour la partie postérieure du périnée, trois pour la partie antérieure ou vaginale. Le fil le plus postérieur est le plus important, c'est de lui que

dépend le bon fonctionnement du sphincter anal qu'il est chargé de reconstituer.

La torsion des fils est exécutée de bas en haut; en serrant le fil le plus inférieur, il faut avoir bien soin d'assurer avec le tenaculum l'adaptation et le contact des surfaces dénudées.

Ce procédé ferme la plaie à la façon d'une bourse, rapproche non seulement la moitié droite et la moitié gauche de l'avivement, mais abaisse vers le périnée la cloison recto vaginale.

Le **procédé de Simon Hegar** réalise un avivement dont la forme rappelle celle que la plaie avait au moment de la déchirure.

C'est un *avivement à trois surfaces*, deux latérales portant sur les côtés de la vulve et de l'anus, une médiane portant sur le bord inférieur de la face antérieure de la cloison.

Trois rangées de sutures sont disposées du côté de l'anus et du rectum, du côté du vagin, du côté de la peau.

On commence par placer les fils vaginaux, on place ensuite plusieurs fils métalliques ou de soie du côté du rectum. Les fils cutanés sont placés en dernier lieu et seulement alors que les fils vaginaux et rectaux sont serrés.

Un des principaux inconvénients du procédé de Hegar consiste en la disposition de ces trois rangées de sutures; si les sutures sont faites au catgut, elles ne tiennent pas; aux fils d'argent, ceux-ci sont mal tolérés du côté du rectum; il est difficile de les enlever du côté du vagin.

C'est en 1887 que parurent les **travaux de Lawson-Tait** sur la périnéorrhaphie.

C'est le procédé *d'autoplastie par dédoublement* le plus simple suivi de quelques points de suture.

Une incision est faite transversalement sur le bord inférieur de la cloison recto-vaginale déchirée. De chaque côté, deux incisions verticales sont menées sur les extrémités de la première; elles s'étendent en haut jusqu'à la moitié de la hauteur de la vulve; en bas, elles dépassent le bord postérieur de l'anus.

Les parties latérales sont dédoublées dans le sens vertical.

La partie médiane de la cloison est dédoublée transversalement. Une fois ce dédoublement effectué, la plaie présente une surface rectangulaire, limitée en haut par un couvercle vaginal, en bas par un couvercle rectal.

Des sutures transversales réunissent cette surface avivée, les sutures sont placées profondément.

Pozzi a modifié le procédé dans la manière de placer les sutures. Pour obtenir une coaptation exacte, il combine une suture d'affrontement réalisée par un surjet au catgut à plans superposés et une suture de soutènement constituée par des fils d'argent.

La périnéorrhaphie, dans ces conditions, n'est pas une opération grave et réussit presque toujours, mais les résultats doivent être observés au point de vue de la forme et de la fonction.

La forme est reconstituée dans des conditions sensiblement normales. Mais, d'une façon générale, on reproche à ces procédés de ne reconstituer que la vulve et de ne pas restituer à la colonne postérieure du vagin une solidité et une épaisseur suffisantes et de ne pas prévenir le prolapsus.

Aussi allons-nous voir ces techniques complétées par une réfection plus solide du plancher périnéal, par la *myorraphie des releveurs*.

De la myorraphie des releveurs de l'anus. — Ziegenspeck, de Munich, paraît être le premier chirurgien qui ait systématiquement pratiqué la myorraphie des releveurs. Ayant publié plusieurs travaux sur la pathogénie et le mécanisme des prolapsus génitaux, insistant sur l'importance de l'élargissement anormal de la fente des releveurs, c'est en 1899 qu'il décrivit, au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Munich, les résultats d'une opération basée sur ces données anatomiques.

Procédé de Ziegenspeck. — Incision courbe aux limites de la peau et de la muqueuse vulvaire postérieure, dédoublement interrecto-vaginal, incision verticale de la muqueuse vaginale décollée formant un T avec la première incision, suture des

deux lèvres de la plaie vaginale, ramassées par les fils en un volumineux bourrelet saillant à l'intérieur du vagin. C'est en somme une colporrhaphie à la manière de Hégar.

Mais voici le côté personnel de la méthode : « Déjà pendant le dédoublement de la cloison recto-vaginale, dit Ziegenspeck, on peut voir le repli tendineux saillant formé par chaque muscle releveur à quelques centimètres en dehors de la vulve ; en les tendant avec le doigt, on peut accentuer leur relief. » La myorrhaphie est alors pratiquée par accollement de leurs bords au moyen de deux catguts forts. La périnéorrhaphie est achevée comme d'ordinaire par adossement suivant une ligne antéro-postérieure.

A cette méthode deux objections ont été faites : la première, fondée sur la longue incision du vagin, fait redouter l'infection par cette voie ; la seconde se base sur le fait que l'adossement des releveurs par leurs bords est souvent insuffisant, ce qui amena par la suite l'adossement de ces muscles dans toute leur surface.

Les releveurs, en effet, se séparèrent chez une malade de Ziegenspeck, par suite de vomissements répétés, le prolapsus se reproduisit, bien que la suture vaginale ait tenu et Ziegenspeck conclut « que ce n'est pas en définitive le vagin, mais la sangle des releveurs qui est trop large ».

En France, on vise avant tout de ne pas mettre en communication la plaie opératoire avec le vagin. Plusieurs chirurgiens français pratiquaient la myorrhaphie des releveurs, mais n'en parlaient pas et ce n'est qu'en 1902 que Pierre Delbet se décide à décrire complètement à la Société de chirurgie la technique opératoire qu'il employait déjà depuis un certain temps pour les périnéorrhaphies.

Technique de la périnéorrhaphie par interposition de Pierre Delbet. — Incision avec des ciseaux courbes et pointus suivant le limbe cutanéomuqueux arrivant en avant à 2 centimètres du méat urinaire.

Dissection de la partie moyenne de la plaie remplie de tissus cicatriciels ; on détachera en remontant les fibres musculaires

qui appartiennent au rectum mais qui adhèrent au vagin, puis l'on tombe dans un espace lamelleux où le doigt pénétrera aisément pour séparer le rectum du vagin et l'on arrivera en un instant au cul-de-sac périnéal.

Si ce cul-de-sac descend trop bas, Delbet l'ouvre pour créer plus tard des adhérences ou le refoule. Cette *recherche du Douglas* qui, ouvert, diminuera par ses adhérences ultérieures les chances de glissement, constitue, pour Delbet, un *premier temps opératoire*. Abordant maintenant les parties latérales vers l'aponévrose de l'obturateur interne, il découvre les fibres du releveur reconnaissables à leur direction ; il faut les mettre en évidence et les disséquer le plus loin possible, dit Delbet, les suturer alors à fils perdus au catgut fort ou aux fils d'argent. « Il faut, tant les releveurs sont éloignés l'un de l'autre dans les vieilles déchirures, passer le catgut en deux fois. Lorsqu'on serre ce fil, dit l'auteur, les deux releveurs, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice, se tendent comme un rideau qui s'interpose entre le vagin et le rectum. L'interposition de ce rideau tendu est très saisissante. On sent, on voit qu'on a constitué une sangle efficace. » Ceci dit pour le fil postérieur, deux autres antérieurs à ce dernier complètent la myorrhaphie. L'opération se termine comme toute périnéorrhaphie.

La technique de Pierre Duval et Proust diffère de la précédente en ce que ces derniers pratiquent l'*adossement des faces des muscles* et non des bords.

Et voici donc atteint le triple but de la périnéorrhaphie :

1° Aplatissement du vagin et refoulement en avant de sa paroi postérieure ;

2° Fixation et tension du vagin en position haute ;

3° Constitution d'un noyau musculaire au-dessous de l'extrémité inférieure du Douglas.

Pourquoi donc, dès lors, ne pas appliquer systématiquement ces méthodes et ne plus laisser au hasard des sutures aveugles une brèche béante qui ne tardera pas à se manifester. Si les grands gynécologues ont continué à employer les anciennes

méthodes, c'est peut-être parce que leur grande expérience et leur habileté opératoire leur permettaient d'agir plus vite et que leur aiguille, sans voir les releveurs dénudés et propres, les chargeait et les rapprochait et leurs résultats étaient bons.

« Il est cependant des cas où, dans les procédés classiques, des récidives se sont rapidement produites : ce sont justement ceux où l'opérateur a mal réuni les tissus musculaires. Pourquoi, dès lors, ne pas voir ce qu'on suture ? » Delove et Lacod, *Lyon médical*, 1904.

CHAPITRE X

Traitement actuel.

De ce long énoncé des méthodes employées au traitement des ruptures complètes il nous reste à conclure.

Dans les déchirures récentes, c'est une suture immédiate qu'il faut pratiquer. On emploiera des points séparés permettant un affrontement exact des lèvres de la vaste plaie. Les crins de Florence et les fils de bronze seront employés pour les points profonds du sphincter anal et du segment inférieur de la vulve. Fochier recommande de les enfoncer profondément afin de charger les plans musculaires dont il convient d'assurer la réunion par première intention. Une désinfection minutieuse de la région précède l'intervention que doit suivre une immobilisation au lit de trois semaines.

Si la déchirure n'est pas restaurée immédiatement, nous avons vu que l'on devait tenter la *suture immédiate secondaire*. Tant que les parties avivées ne sont pas cicatrisées, il est temps encore de le faire, car si l'on échoue rien n'est perdu.

En ce qui concerne les déchirures anciennes, deux méthodes se partagent les suffrages, avons-nous dit; l'une parle d'avivement, l'autre d'autoplastie.

La première excise une partie de la muqueuse vulvo-vaginale, la seconde dédouble la cloison ou ses vestiges.

Nous ne discuterons pas les avantages ou les inconvénients de l'une et de l'autre, mais nous dirons que seules elles sont insuffisantes.

Toutes les déchirures complètes opérées sans la myorrhaphie des releveurs prédisposent au prolapsus.

Mais vis-à-vis de déchirures anciennes compliquées de grand prolapsus, la périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs est-elle une opération suffisante ?

A ce propos, nous ne pouvons répondre sans parler du rapport de M. le professeur Bégouin au dernier Congrès de chirurgie.

Nous n'envisageons pas là toutes les déchirures anciennes, mais seulement celles qui, non opérées, se compliquent, avant la venue du chirurgien, de prolapsus de l'utérus.

Dans ce cas, le but à atteindre est, en effet, triple.

D'abord reconstituer le périnée, ensuite rétrécir le vagin, enfin détruire la continuité des axes du vagin et de l'utérus.

La colpopérinéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs reste le temps essentiel. L'hystéropexie est considérée aujourd'hui comme indispensable dans la plupart des cas.

L'utérus fixé en avant détruit l'axe unique utéro-vaginal en créant un angle à sinus antérieur. Enfin l'accouchement reste possible. Donc, comme acte opératoire *complémentaire*, il paraît logique d'utiliser soit la suppression du vagin, soit le rétrécissement du vagin et le désaxement de l'utérus, soit le rétrécissement du vagin et l'hystérectomie.

CHAPITRE XI

Méthode employée dans le service du professeur Guyot.

Parmi ces techniques, il nous paraît intéressant de mentionner la technique employée depuis longtemps par notre maître, le professeur Guyot, et qui lui a donné d'excellents résultats.

En voici les principaux détails.

Un temps de désinfection préalable paraît indispensable; pour cela il faut purger la malade avant l'intervention et désinfecter la région avec soin; l'huile de goménol peut dans ce sens donner d'intéressants résultats.

Dans le même ordre d'idée, la malade est constipée dans les jours qui suivent l'intervention.

De même que pour faire une suture secondaire des plaies de guerre on doit exciser tous les tissus granuleux plus ou moins infectés, de même l'intervention doit se passer ici en tissus sains.

Les différents plans étant ainsi avivés, on arrive au plan de clivage recto-vaginal normal et on cherche à abaisser le rectum et à découvrir de chaque côté du canal anal les extrémités du sphincter déchiré.

Alors on pratique une manœuvre spéciale à cette technique qui consiste à *abaisser le rectum par glissement*. Cette manœuvre pratiquée avec douceur est assez facilement accomplie et permet de suturer en avant du rectum les extrémités du sphincter. Ce dernier, ainsi reconstitué, est en bonne place, et son action

sphinctérienne d'autant plus rapidement efficace. On découvre alors les muscles releveurs qui sont transfixés par quatre points séparés de catgut n° 4.

Il est important, croyons-nous, d'employer un catgut assez fort qui met un certain temps à se résorber.

La déchirure vaginale est enfin fermée par un sùrjet au catgut fin. On évitera ainsi de réséquer une trop grande quantité de muqueuse vaginale.

Un détail important consiste à placer dans le vagin une mèche (gaze iodoformée par exemple) qui, par sa pression, comprimera les espaces morts qui pourraient avoir persisté derrière la suture vaginale et arrêtera les sécrétions septiques du col. De même, la mise en place d'une sonde de Pezer maintiendra le pansement parfaitement sec.

Les crins cutanés auront été placés de façon à aller profondément jusqu'au voisinage des releveurs ; ils seront enlevés le huitième jour.

Les suites opératoires sont en général simples. La réunion se fait *per primam* et pourtant le sphincter anal conserve parfois une certaine déficience, si bien qu'il paraît utile d'employer l'électrisation au courant faradique rythmé, de façon à rééduquer et renforcer ce muscle.

Ces points font d'ailleurs partie d'une technique générale que le professeur Guyot a déjà conseillée dans les prolapsus ordinaires et qui ont été exposés dans la thèse de son élève Cluzau.

CHAPITRE XII

Observations.

OBSERVATION I (inédite).

Service de M. le professeur GUYOT.

M^{me} G. D..., âgée de 26 ans, cultivatrice à Léognan, mariée à 22 ans, a eu un premier enfant à 23 ans. L'accouchement fut laborieux et nécessita l'application du forceps. Les suites de couches furent normales; les règles reprirent avec leurs caractères normaux. La malade, cependant, ne peut retenir ses matières, puis commence à souffrir du ventre et voit apparaître des pertes blanches. Elle rentre à l'hôpital sur les conseils de M. le professeur Guyot.

A l'examen, la malade présente une déchirure du périnée avec destruction du sphincter anal, mais il reste une mince bride périnéale en avant de lui.

La malade est opérée suivant la méthode indiquée précédemment.

Huit jours après, on enlève la mèche, les fils d'argent et la sonde de Pelzer; la plaie est en très bon état.

OBSERVATION II (inédite).

Service de M. le professeur GUYOT.

M^{me} R. B..., 22 ans, de Villeneuve-sur-Lot.

Cette malade accoucha, après une grossesse normale, d'un enfant vivant.

L'accouchement fut très laborieux et nécessita l'emploi du forceps.

L'accouchement s'accompagna de crise d'éclampsie et il se produisit une déchirure complète du périnée. Le périnée fut suturé primitivement et les points de suture furent enlevés quinze jours après. Mais la malade ne peut retenir ses matières.

Deux mois plus tard, la malade se lève, mais ne peut en aucun cas retenir ses matières.

Les règles sont revenues normales et la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, on constate une déchirure complète du périnée avec une cloison recto-vaginale très mince.

La périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs est pratiquée comme précédemment. Guérison.

OBSERVATION III (inédite).

Service de M. le professeur GUYOT.

M^{me} M.-L. M..., 49 ans.

La malade, primipare, accouche d'un enfant mort deux heures après l'accouchement.

Durant cet accouchement, il se produit une déchirure complète du périnée.

La suture primitive n'ayant pas tenu, la malade entre à l'hôpital deux mois après l'accouchement.

A l'examen, on constate une déchirure totale du périnée remontant au niveau de la cloison jusqu'au col utérin déchiré lui-même. Cette femme présentant d'autre part des signes de fibrome utérin, on décide d'intervenir d'abord sur cet organe.

L'hystérectomie est pratiquée et l'on trouve, en outre, un pyosalpinx, complication vraisemblable de la déchirure du périnée. Vingt jours après, la périnéorrhaphie est pratiquée suivant la méthode indiquée.

La malade, guérie, sort treize jours après de l'hôpital.

OBSERVATION IV (inédite).

Professeur GUYOT.

M^{me} X..., habitant Lormont, âgée de 30 ans, accouche d'un enfant vivant. L'accouchement est long et difficile.

Appelé quelques jours après, le professeur Guyot constate une rupture totale du périnée avec large déchirure du sphincter. Le vagin communique largement avec le rectum.

La malade est endormie à l'éther et l'opération de la périnéorraphie se déroule comme précédemment. Mise en place d'une mèche vaginale et d'une sonde de Pézer.

Suites normales ; réunion *per primam*.

L'opération date de dix ans, la malade a eu deux enfants.

OBSERVATION V (inédite).

Professeur GUYOT.

M^{me} X..., de Mézin (Lot-et-Garonne), âgée de 25 ans, primipare, présente une grosse déchirure du périnée avec large communication vagino-rectale.

La malade présente de l'incontinence des matières et des gaz. Nous la voyons trois mois après son accouchement spontané.

Après examen des urines et exploration des reins, le professeur Guyot décide l'intervention avec rachianesthésie par 0 gr. 07 d'allocaïne Lumière.

Bonne anesthésie. Opération identique, comme technique, aux précédentes.

Les suites sont normales. La malade se lève le vingtième jour. Réunion *per primam* du périnée. Électrisation post-opératoire du sphincter qui reprend peu à peu (quatre mois) son fonctionnement normal.

CONCLUSIONS

1° La déchirure complète du périnée doit être traitée le plus précocement possible. L'anesthésie de choix paraît être l'anesthésie rachidienne ;

2° La périnéorrhaphie immédiate secondaire doit toujours être tentée si la suture primitive n'a pu être faite à temps ou a échoué ;

3° Dans les déchirures anciennes, la sangle périnéale n'est vraiment solide que lorsque la périnéorrhaphie comprend la myorrhaphie des releveurs ;

4° Cette réfection du plancher périnéal doit être faite en dehors des accidents septiques et s'accompagner d'une suture soignée des débris du sphincter anal.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} mars 1924.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. PICART.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER. — Étiologie des déchirures périnéales d'origine obstétricale. Influence des hautes symphyses sur la pathogénie de ces déchirures. Thèse de Bordeaux, 1904-1905.
- BONNAIRE. — Du périnée obstétrical. *Gazette des hôpitaux*, 1891.
- BOISSARD. — *Journal obstétrical*, 1896.
- BOURSIER. — Un cas de déchirure complète. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906.
- BUISSON. — Sur un nouveau procédé de périnéorrhaphie. Thèse de Paris, 1900.
- BUDON. — Traité de l'art des accouchements.
- CAPDEVILLE. — A quel moment faut-il réparer les déchirures du périnée. Thèse de Paris, 1901.
- COUDER. — Protection du périnée. Thèse de Paris.
- DA COSTA. — Méthode restauratrice du périnée. *M. obst. Soc. of Philadelp.*, 1889.
- DELBET. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 19 novembre 1902.
- DEMELIN. — Les déchirures du périnée et leur traitement. *Journal de médecine*, Paris, 1906.
- DOLÉRIS. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1891.
- DUPLAY. — De la déchirure complète. *Revue internationale obstétricale*, Toulouse, 1922.
- DUVAL et PROUST. — Technique de la suture des muscles releveurs. *Presse médicale*, 1902.
- DUVERGEY. — *Presse médicale*, 1906.
- EMET. — Pratique des maladies des femmes.

- JEANNENEY. — Contribution à l'étude des troubles intestinaux *post coitum* des entérocolites. Rôle du releveur. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1914.
- GIRARD MARCHAND. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 juillet 1902.
- HEGAR. — Traité de gynécologie opératoire, traduit par Bar.
- HUE. — *Annales de gynécologie*, juillet 1873.
- IMBERT. — Périnéorrhaphie à lambeau pour déchirure complète du périnée. *Gynécologie et obstétrique*, Paris, 1920.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de médecine et de chirurgie gynécologiques.
- LAUGENBECK. — *Gazette des hôpitaux*, 27 janvier 1853.
- PIQUE. — Traité d'anatomie topographique.
- POIRRIER. — Traité d'anatomie.
- POZZI. — *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1914.
- *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1916.
- RADIER. — Déchirure du périnée. Thèse de Paris, 1894.
- ROUBAIX (DE). — De la périnéorrhaphie. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1913.
- RICHELOT. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902.
- SAILLY. — Contribution à l'étude de la périnéorrhaphie. Thèse de Lyon, 1905.
- TESTUT et JACOT. — Anatomie topographique.
- TILLAUX. — *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1890.

